



船員保険 疾病任意継続被保険者 資格喪失 申出書

喪

申 出 者 情 報	記号・番号 (左づめ)	8800000000-	生年月日	
			昭和・平成	年 月 日
	個人番号 (マイナンバー)	<div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div></div> 記号番号をご記入された場合は個人番号のご記入は必要ありません。(記入された場合は本人確認書類等の添付が必要です。)		
	被保険者の氏名 (申出者)	(フリガナ)		
住 所	郵便番号	<div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div></div>	電話番号 (日中の連絡先)	
		<div><div>都</div><div>道</div><div>府</div><div>県</div></div>		

資 格 喪 失 の 事 由	提出日 (投函日)	令和 年 月 日
	資格喪失事由 該当の数字を ご記入ください	<div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div></div> <div>1. 再就職等により健康保険の被保険者資格を取得したため 2. 再就職等により船員保険の被保険者資格を取得したため 3. 申出により疾病任意継続保険の資格を喪失するため(国民健康保険への加入、被扶養者としての加入) 4. 後期高齢者医療制度の被保険者となったため(75歳到達) 5. 後期高齢者医療制度の被保険者となったため(障害認定) 6. 死亡したため</div>
	資格喪失年月日	令和 年 月 日 記入いただく日付 ・資格喪失事由が1・2の場合・・・再就職先等で新たに社会保険に加入した年月日(資格取得年月日) ・資格喪失事由が3の場合・・・提出日の属する月の翌月1日 ・資格喪失事由が4の場合・・・後期高齢者医療制度に加入した年月日(75歳の誕生日) ・資格喪失事由が5の場合・・・後期高齢者医療制度に加入した年月日(認定年月日) ・資格喪失事由が6の場合・・・亡くなられた日の翌日 ※下記に亡くなられた被保険者の氏名をご記入ください。
亡くなられた 被保険者の氏名	資格喪失事由(6.死亡したため)を選んだ場合のみご記入ください。 (フリガナ)	

社会保険労務士の提出代行者名記入欄

受付日付印

ご提出先

〒102-8016 東京都千代田区富士見2-7-2 ステージビルディング14階
全国健康保険協会 船員保険部

R8.1